

UNIVERSITE DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 76

LE TRAITEMENT DU CANCER DU COL

PAR

l'Hystérectomie abdominale élargie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 21 Décembre 1916

PAR

Stylianos AISOPOS

ANCIEN ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
INTERNE A L'HOPITAL MUNICIPAL 197 bis

Né à Athènes, le 28 avril 1892



LYON

IMPRIMERIE J. PONCET

Rue de la Charité, 12-14

—
1916

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 76

LE TRAITEMENT DU CANCER DU COL

PAR

l'Hystérectomie abdominale élargie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 21 Décembre 1916

PAR



Stylianos AISOPOS

ANCIEN ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTERNE A L'HOPITAL MUNICIPAL 197 bis

Né à Athènes, le 28 avril 1892



LYON

IMPRIMERIE J. PONCET

Rue de la Charité, 12-14

—
1916

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	FABRE
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire.	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.	LESIEUR
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	COURMONT (P.)
Pharmacologie.	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile.	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD.	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Aug. POLLOSSON, Président ; CONDAMIN, Assesseur ;
MM. SIRAUD et MARION, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Je lui dédie ce modeste travail,
faible témoignage de mon dévouement
et de mon amour.*

A MES TANTES

*En reconnaissance de la tendresse
maternelle dont elles m'ont
entouré durant ma jeunesse.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR ALBERTIN

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Il nous a toujours accueilli avec la plus grande bonté ; il nous a aidé de sa haute compétence et de ses excellents conseils. Qu'il soit persuadé que son souvenir restera toujours vivace dans notre mémoire et notre cœur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A L'UNIVERSITÉ DE LYON

Nous l'assurons de nos sentiments de vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

AVANT-PROPOS

Notre thèse n'est pas un plaidoyer en faveur de l'hystérectomie abdominale élargie, qui est actuellement admise par la grande majorité des chirurgiens pour la cure radicale du cancer du col et grâce à laquelle nous pouvons considérer cette affection comme guérissable ; c'est à l'étude de la question épineuse des limites opératoires que nous consacrerons ces quelques pages, non pas avec la prétention de résoudre un problème d'une si haute importance, mais avec la conviction d'avoir consacré tout l'effort dont un jeune profane est capable pour contribuer à faire ressortir la vérité scientifique suivante : c'est qu'à côté de cas de cancer qu'on peut guérir, qu'on doit guérir, il y en a d'autres plus étendus, contre lesquels nous sommes impuissants et l'hystérectomie devient alors non seulement une intervention illusoire et inefficace, mais très souvent néfaste à cause de sa gravité.

Nous diviserons notre travail en sept chapitres.

Après un coup d'œil rapide sur l'historique de l'hystérectomie, nous relatons les statistiques que nous avons pu rassembler, et nous donnons les notions anatomiques et cliniques indispensables pour former nos appréciations et indications opératoires.

Nous exposons ensuite la technique opératoire telle qu'elle est employée par le docteur Albertin. Pour être complet, nous avons consacré deux chapitres aux lésions vésico-urétérales si fréquentes au cours des interventions pour le cancer du col, et aux récides tardives après la cinquième année. Puis nous analysons les résultats de 130 interventions faites par notre Maître dans son service de la Charité.

Pour mener à bien notre étude, il nous eût fallu une grande pratique chirurgicale et des connaissances très étendues en gynécologie; nous avons suppléé à notre inexpérience par l'expérience de ceux qui nous ont guidé. De notre tribut de reconnaissance, la plus grande part revient au docteur Albertin, qui ne nous a pas ménagé ses conseils compétents et qui a eu l'extrême obligeance de mettre à notre disposition plus de 300 observations prises dans son service gynécologique de la Charité.

Nos conclusions sont basées sur ses observations et l'examen comparatif avec les statistiques que nous avons pu réunir.

CHAPITRE PREMIER

Etat actuel de la question.

Au commencement du XIX^e siècle, Delpech a tenté, pour la première fois, l'hystérectomie abdominale, mais ce n'est que beaucoup plus tard, en 1878, que Freund, à Strasbourg, intervenait par la voie haute pour la cure radicale du cancer utérin en enlevant la matrice et ses annexes, sans s'inquiéter davantage du paramètre ni des uretères.

Malgré que les résultats ne fussent pas encourageants à cette époque, ses élèves : Funke, Veit, Kustner et surtout Mackenrodt, suivirent ses traces, perfectionnant et améliorant à qui mieux la technique opératoire.

En Amérique, vers 1895-96, Riess et Clark conseillent d'enlever avec l'utérus les ganglions lymphatiques régionaux. En France, depuis 1896, Faure pratique l'hystérectomie abdominale. Au Congrès des chirurgiens à Paris, en 1899, on remarque une tendance vers cette opération et au Congrès d'Amsterdam (août 1899), Ricard, Terrier, Quenu, J. Boeckel, Tuffier, Hartmann, Doyen, Gross, Delagenière, Legueu, Piqué, Monprofit, Mauclair et Reynier s'en déclarent partisans et rapportent des observations.

✶ Bigeard, dans sa thèse, inspirée par le professeur

Second, cite cinq interventions abdominales. Le progrès est suivi à Bordeaux, par Boursier, Chavanaz et Chalot, de Toulouse. Ce dernier est déjà intervenu en 1892, pour un cancer du col et, afin de faire une opération large, sacrifie un uretère, c'est comme il le dit dans son article en 1896, une para-hystérectomie ultra-urétérale. Dans la thèse de son élève, Sestrade (1897), il rapporte quatre observations avec trois morts par infection.

Tous ces praticiens ne faisaient qu'aborder la question de la cure radicale du néoplasme du col sans la résoudre; ils répétaient, avec quelques modifications personnelles de technique, l'opération de Freund, qui laisse une grande partie du paramètre intact et les uretères non dégagés. C'est le professeur Wertheim, de Vienne, qui, le premier, après de longues études de laboratoire et de clinique, a formulé, d'une façon très précise, les principes généraux sur lesquels doit être basée la cure radicale du cancer utérin.

Ce chirurgien, guidé par l'idée que le carcinome de l'utérus doit se propager comme celui des autres organes, par les lymphatiques, entreprend, en 1897, l'intervention hardie qui consiste à enlever, après le dégagement soigneux des uretères, la matrice en vase clos avec tout le tissu cellulaire du petit bassin (le paramétrium), les ganglions lymphatiques, c'est-à-dire à faire un véritable évidement pelvien. Les constatations cliniques venaient à l'appui de sa façon d'agir; il remarquait, en effet, que les récidives des hystérectomies vaginales prenaient naissance au sein du tissu cellulaire périutérin et au niveau des lymphatiques

iliaques ; les recherches histologiques de Kermauner, Laméris, Kunderats, Krœmer, Schauta, Pankow, Hirschmann, Brunet, Scheib et Wertheim lui-même démontrent aussi qu'on peut trouver à distance, dans le paramètre en apparence sain, de petits îlots cancéreux microscopiques. Donc, pour donner plus de chances de survie à la patiente, il fallait extirper tous les tissus suspects, aller le plus loin possible, jusqu'à la paroi pelvienne. Mais le grand écueil à l'hystérectomie élargie était les uretères ; que fallait-il faire de ces conduits ? Pawliks et Kellys conseillaient de les sonder pour mieux les voir et éviter leur blessure.

C'est encore Wertheim qui, travaillant parallèlement avec le microscope et le scalpel, a pu se rendre compte que le processus néoplasique n'atteint pas les parois urétérales, que ces canaux ne sont qu'englobés dans la tumeur et que, par conséquent, on peut, sans préjudice pour la survie ultérieure, les libérer par un dégagement attentif et soigneux, point principal de l'intervention.

Les résultats de cette hystérectomie élargie, qui porte actuellement à juste titre le nom de son créateur, ont été assez encourageants pour que les doctrines et le manuel opératoire de Wertheim ne tardent pas à être adoptés en France et dans le monde entier par un grand nombre de ses confrères.

Dans toutes les réunions médicales, l'hystérectomie élargie est vivement discutée. En 1901, au Congrès de Giessen, Amann et Mackenrodt prennent sa défense ; ce dernier adopte l'incision transversale et l'extirpation transpéritonéale des ganglions inguinaux.

En 1902, au Congrès de Rome, la question est à l'ordre du jour ainsi qu'au Congrès de Nurzburg. En 1904, à Breslau, à la réunion des naturalistes et médecins allemands, Doederlein, Küstner, Krönig, Wertheim, von Franke et Martin sont ses principaux partisans. En 1905, à Kiel, au XI^e Congrès de la Société allemande de gynécologie, Stoeckel et Zweifel déclarent que cette intervention est grave, mais que sa survie est supérieure à celle de l'hystérectomie simple.

La même année au premier Congrès de la Société internationale de chirurgie, à Bruxelles, Kocher, exposant les progrès réalisés en chirurgie et en particulier pour le cancer, saisit l'occasion pour faire l'éloge de la méthode de Wertheim; Faure, au XV^e Congrès international des sciences médicales de Lisbonne (1906), insiste sur les indications opératoires; Jayle, en 1907, rapporte, à la Société de chirurgie de Paris, 28 cas; au II^e Congrès de la Société internationale de chirurgie, à Bruxelles (1908), Faure, Jacobs et Wertheim donnent des statistiques très encourageantes; au III^e Congrès de gynécologues et accoucheurs russes (Kieff, 1905), Grouzdoff, Bourdzinsky et Hummelferb suivent le mouvement; à la Société américaine de gynécologie (1912), Clark, Cullen et Sampson insistent sur les meilleurs résultats des opérations larges, mais avouent que la mortalité immédiate est plus forte; enfin, en 1913, à la Société de chirurgie de Paris, Faure présente de nouveaux cas.

Ce progrès de la chirurgie ne pouvait pas laisser indifférente la grande école lyonnaise; dès 1901, ce mode de traitement est couramment employé dans les

services gynécologiques de nos maîtres. Le professeur Pollosson publie successivement, en 1905 et 1909, deux articles très documentés et ses statistiques personnelles d'une grande importance. Les docteurs Albertin, Gouilloud, etc. discutent, à la Société de chirurgie, en 1910, les indications et la technique opératoire.

CHAPITRE II

Statistiques.

Après ce rapide aperçu de l'histoire de l'hystérectomie abdominale élargie pour le cancer du col utérin, voyons quels sont les résultats obtenus par les chirurgiens français et étrangers.

La voie haute offre un champ opératoire plus vaste que la voie vaginale et permet un accès plus facile et l'extirpation plus large de la matrice avec le paramètre infiltré. Ces facteurs nous expliquent l'élévation du taux d'opérabilité ; c'est-à-dire sur 100 malades atteints de néoplasme du col, l'accroissement des cas opérables. Mais parallèlement, les risques de l'intervention s'aggravent et la mortalité est plus élevée, c'est comme dit Forgue : « La rançon d'une chirurgie plus agissante ».

Par contre, le pourcentage des guérisons définitives, durables, a augmenté d'une façon très encourageante.

Laissons la parole aux chiffres :

Berutti, sur 24 opérations de Wertheim, a 10 morts immédiates ;

Kröning, sur 23, une seule ;

Kleinkems, sur 32, trois ;

Heger, sur 13, deux.

Grimoud, dans sa thèse, donne une statistique globale de 577 hystérectomies abdominales avec une léthalité post-opératoire de 101, c'est-à-dire 17,5 %.

Pollosson, sur 280 cancéreuses reçues dans son service à la Charité, en a opéré 211, dont 33 meurent à la suite de l'intervention, 85 ont été suivies et 29 sont bien portantes depuis une durée de 2 à 5 ans.

Doderlein a examiné 172 malades, 112 sont opérables. Il estime à 43,5 % les récidives des deux premières années et à 24,3 % les métastases ganglionnaires.

Jeannel, sur 97 cancers du col, compte 62 inopérables. Il fait 33 fois l'hystérectomie : 11 de ses opérées meurent à la suite de l'intervention ; 11 ont récidivé et 10 sont bien depuis 1 à 8 ans.

Faure rapporte une série de 18 Wertheim, avec 6 morts opératoires et 2 par récidive ; 9 guéries depuis 2 ans $\frac{1}{2}$ à 5 ans $\frac{1}{2}$.

Jayle étudie 28 hystérectomies moins étendues que Wertheim ; dans 6 cas où l'affection est localisée au col, 6 guérisons durables ; dans 17 cas où les limites du col sont dépassées, il a eu 5 morts immédiates et 9 récidives rapides au bout de la première année.

Bumm intervient chez 60 malades sur 100 soignées, 12 meurent à la suite de l'opération et 24 après récidive. Les autres 24 restent guéries depuis plus de 5 ans.

Jacobs rapporte au deuxième Congrès de chirurgie de Bruxelles 152 hystérectomies abdominales élargies, dont 11 pour néoplasme du corps, suivies de 8 morts opératoires et de 96 récidives ; 32 sont sans récidive depuis 2 à 5 ans et plus.

Scheil, de Prague, fait 176 hystérectomies par la voie haute avec 30 morts opératoires.

Miguel Meira, dans sa thèse, cite 13 cas de Wertheim inédits avec 5 morts rapides et 3 récidives;

Hummelferb, 70 interventions hautes avec 14 morts.

Aulhorn, exposant la statistique du professeur Zweifel, dit que, dans les 7 dernières années, il a soigné 641 épithéliomes du col, dont 420 ont pu subir l'intervention. La léthalité est de 56.

Franz et Zuissner, sur 245 cancéreuses examinées depuis 1904, trouvent 200 opérables. Leur mortalité immédiate est partagée comme suit : sur 70 cas localisés au col seulement, 9 sont morts ; sur 82 cas, où les ligaments larges sont envahis, 20 morts, et sur 21 cas où l'infiltration néoplastique a dépassé le paramètre, 7 morts. Quant aux résultats éloignés : sur 11 guérisons opératoires qui datent d'au moins 5 ans, 5 sont mortes par récidive, 3 sont perdues de vue et 3 guéries. A part ces cas, 22 autres sont sans récidive depuis 3 et 4 ans.

Wertheim, en 1911, a publié l'analyse de 500 interventions faites par lui-même ou dans son service. Il estime l'opérabilité à 50 %. La léthalité opératoire s'élève à 93 dont 39 par péritonite, 22 par défaillance cardiaque et 9 par pyelonéphrose ; 250 opérations datent d'au moins 5 ans. 78 de ces patientes ont présenté des cas de récidive, surtout au niveau des ganglions iliaques ; 106 restent guéries après la 5^e année.

Schinder a 16 morts post-opératoires sur 117 opérations.

Faure présente en 1913, à la Société de chirurgie de

Paris, une nouvelle série de 24 Wertheim avec 2 morts immédiates et 5 par récurrence rapide ; les autres sont bien portantes depuis une période de 19 mois à 6 ans.

Clark cite 36 interventions avec 3 morts immédiates et 16 par la suite de récurrences rapides ; 4 sont guéries depuis 6 ans ; 7 depuis 1 an $\frac{1}{2}$ à 3 ans.

Cullen, sur 49 hystérectomies, a compté 11 morts opératoires, 21 par récurrence ; 14 restent bien portantes, dont 7 depuis au moins 6 ans.

Sampson, sur 25 cas, en perd 5 à la suite de l'intervention ; 4 restent sans récurrence depuis 5 ans.

Berkeley et Bonnery, examinant les résultats éloignés de l'opération radicale du cancer du col utérin, disent avoir soigné 112 femmes atteintes de cette affection. 71 furent opérables ; 16 sont mortes à la suite de l'opération et 20 à la suite d'une récurrence ; 3 sont en état de récurrence et 28 en bonne santé.

Homard Kelly et Creingheel rapportent 137 hystérectomies avec évidemment. Ils ont eu une mortalité de 28. Sur les 82 soignées depuis 5 ans, 18 sont en bonne santé, 22 n'ont pas survécu à l'opération et 31 ont récidivé.

Busse publie les statistiques de Kröning. Sur 79 cancéreuses, dont 59 opérées, 15 meurent après l'intervention ; 19 sont guéries depuis 5 ans.

Enfin, *Hofmeier*, sur 70 Wertheim, a 18 décès. Sur 37 guérisons opératoires datant d'au moins 5 ans, 10 sont encore en bonne santé.

Pour nous rapprocher le plus possible de la vérité, nous tâcherons de dégager en bloc, des résultats énumérés ci-dessus, le coefficient d'opérabilité et le pro-

nostic immédiat et éloigné, c'est-à-dire la mortalité et la guérison durable.

Sur 1.726 cancéreuses, 900 ont été opérées, ce qui fait 52 % d'opérabilité.

Sur 3.171 interventions, il y a 537 morts post-opératoires dont 16,8 % de mortalité.

Quant aux guérisons durables, 363 patientes sur 837 restent guéries depuis 1 à 8 ans = 43 %, mais sur 385 guérisons opératoires datant de 5 ans au minimum, 184 sont en bonne santé. Guérison définitive : 47,7 %.

CHAPITRE III

Appréciation de cette méthode appliquée aux divers cas.

INDICATIONS.

Les pourcentages globaux ci-dessus mentionnés ne signifient rien et ne servent, comme le dit avec raison Faure, qu'à fausser les idées. En réalité, la gravité de cette opération et sa curabilité dépendent exclusivement de l'étendue du mal et, si les résultats obtenus par les chirurgiens d'outre-Rhin sont surprenants, ils sont dus, en grande partie, à la campagne entreprise ces dernières années par les gynécologues de ce pays contre le cancer utérin. Des brochures distribuées par milliers aux docteurs, sages-femmes et aux femmes attiraient l'attention sur les dangers sociaux du cancer et sa guérison certaine s'il est attaqué à temps. Les fruits de cette propagande n'ont pas tardé à apparaître et le professeur Winter de Konnigsberg, qui s'était mis à sa tête, annonçait, en 1911, au Comité central à Berlin, que le nombre de femmes consultant dans le premier trimestre de leur affection s'élevait, en 1910, à 55 % au lieu de 32 % pour la période 1898-1902. C'est, en effet, un chiffre très satisfaisant et la tâche de l'opérateur en est de beaucoup facilitée, car

le succès de l'hystérectomie élargie est en rapport très étroit avec l'étendue du carcinum.

FORMES ANATOMIQUES. — Qu'il nous soit permis, pour pouvoir préciser les indications opératoires, de jeter un coup d'œil sur ces formes anatomiques et leur évolution clinique. Tout d'abord il faut faire une distinction capitale entre l'épithélioma du col proprement dit et celui du corps beaucoup plus rare. D'après Tesson, on rencontre ce dernier 20 fois sur 100 néoplasmes cervicaux ; sur 322 observations nous ne l'avons trouvé que 33 fois. Son évolution est lente, moins maligne ; il reste pendant longtemps inclus dans la cavité utérine et ne dépasse ses limites qu'à la période ultime, de sorte que son extirpation par la voie haute est relativement facile et presque toujours suivie de succès. La mortalité immédiate ne dépasse pas 5 à 8 % et les récidives sont exceptionnelles. Quant au cancer du col, dont nous nous occuperons particulièrement dans cette thèse, on lui reconnaît quatre formes principales : 

1° La forme nodulaire du début, très insidieuse qui se caractérise par un ou plusieurs nodules durs contenus sous la muqueuse d'une ou même des deux lèvres du museau de tanche. Ces nodules se développent rapidement, s'ulcèrent et évoluent vers une des formes suivantes :

2° La forme végétale ou papillaire qui commence par une ulcération irrégulière et rugueuse d'une des lèvres du col et aboutit au chou-fleur caractéristique, friable et saignant qui remplit le vagin, efface complètement le col, envahit le cul-de-sac et infiltre la base des ligaments larges ;

3° La forme ulcéreuse, térébrante qui débute aussi par une ulcération de l'orifice du museau de tanche et qui, rongeant en profondeur, fait disparaître le col et indure les culs-de-sac vaginaux.

4° La forme endocervicale hypertrophique (*fig. 1*), bien étudié par Pierre Delbet. Elle prend naissance



Fig. 1. Forme endocervicale hypertrophique

au niveau de la muqueuse endocervicale qu'elle ulcère tandis que l'infiltration néoplasique rétrograde pour ainsi dire du col, se manifeste par une hypertrophie considérable ; le doigt explorateur peut sentir, à travers l'orifice dilaté du col, l'ulcération ou les végétations friables et saignantes.

EVOLUTION CLINIQUE. — Ces quatre formes ont un début insidieux qui passe le plus souvent inaperçu ; ce n'est que lorsque les métrorragies apparaissent que la patiente se présente au médecin, et encore, combien de fois n'attribue-t-elle pas ce signe révélateur à une irrégularité de sa menstruation ou, si l'âge de la ménopause est passé, à un retour des règles ?

Cette période initiale, malheureusement presque inconnue du chirurgien, est vite franchie. Le carcinome, proliférant d'une manière rapide, s'insinue comme un crabe (d'où son nom : *καρκίνος*, crabe) dans le stroma conjonctif, gagne les limites du col, qu'il dépasse, empiète sur les culs-de-sac et la paroi vaginale, infiltre le tissu cellulaire des ligaments larges, envahit le paramétrium antérieur et postérieur contractant des adhérences avec la vessie en avant et le rectum en arrière ; il finit par englober tous les organes du petit bassin : c'est la généralisation néoplastique.

Pour la facilité de la description, nous divisons *grosso-modo* l'évolution clinique du cancer du col en trois périodes ou degrés :

Premier degré : L'épithélioma siège sur l'une ou les deux lèvres du col sans empiéter sur la paroi vaginale ni les culs-de-sac ;

Deuxième degré : L'ulcération cancéreuse a franchi les limites du col, s'est infiltrée dans les culs-de-sac et sur la paroi vaginale ; mais le paramètre n'est pas encore envahi et l'utérus est mobile ;

Troisième degré : Les ligaments larges sont franchement pris et l'utérus est peu ou n'est plus mobile.

DIAGNOSTIC. — Cliniquement le diagnostic et la différenciation de ces trois périodes ne sont pas toujours aisés.

Au premier degré, les hémorragies sont rarement abondantes et répétées. C'est surtout au moment des règles que la femme perd plus abondamment et plus longtemps que d'ordinaire ; quelquefois survient une petite perte sanguine entre les menstruations. Au toucher, on peut sentir une ulcération irrégulière qui saigne facilement et qui repose sur une zone d'infiltration du col. Un coup d'ongle peut l'entamer et ramener des parcelles néoplasiques (signe de La royenne). Les culs-de-sac sont souples, la mobilité utérine normale. Dans la forme nodulaire, l'ulcération peut faire défaut ; le col présente des indurations par place et le diagnostic est particulièrement ambigu. Dans ces cas, on doit avoir recours à la biopsie même à répétition si nécessaire, opération simple, facile, qu'on peut exécuter sans anesthésie générale avec une pincette et un bistouri ou avec la pince spéciale de Faure.

Au deuxième degré, le doigt suit l'ulcération jusqu'à la paroi vaginale, le ou les culs-de-sac ont perdu leur souplesse et sont indurés, mais les ligaments larges sont encore libres et l'utérus n'a pas perdu sa mobilité.

Quelquefois, lorsqu'on est en présence de la forme végétante en chou-fleur, il arrive de voir tout le vagin comblé d'un énorme « bouchon de champagne » friable, qui empêche l'exploration des dômes vaginaux et fait croire au premier abord qu'il s'agit d'un néoplasme très avancé, inopérable ; mais, si on prend la précaution de faire un curettage vaginale, on s'aperçoit souvent qu'il n'en est pas ainsi, que cette végétation s'enlève

sans peine, et l'exploration secondaire montre le paramètre libre ayant une mobilité normale.

Les pertes fétides, les douleurs lombaires avec irradiations vers la face interne des cuisses, dues à l'irritation et compression des nerfs sacrés, sont des symptômes de la troisième période ainsi que la pollakurie et polyurie, manifestations cliniques de l'infiltration vésicale. Pour préciser l'état de la paroi et de la muqueuse de la vessie, il est bon, comme le conseillent Hannes, Fromme, Hartmann, Cruet et Violet, de pratiquer la cystoscopie. Polosson a même pratiqué le toucher intra-vésical après dilatation de l'urèthre par les bougies d'Hégar.

Par le toucher on se rend compte de l'induration des ligaments larges et de la diminution ou de la disparition de la mobilité utérine. La compression des veines hypogastriques peut occasionner l'œdème des membres inférieurs. L'irritation du rectum provoque le ténesme, et sa compression, la constipation. Le toucher rectal et combiné peuvent nous fournir des renseignements complémentaires.

ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE. — Les ganglions lymphatiques régionaux sont souvent augmentés de volume, plus rarement ramollis, suppurés. M. Polosson, sur 163 cas, les trouve 42 fois appréciables, mais 17 fois seulement ils sont histologiquement néoplasiques, Wertheim 62 fois sur 250 interventions; M. Albertin, 50 fois sur 162 opérées (regardez l'analyse de nos observations). Pankow estime que les ganglions sont volumineux d'une façon anormale 40 fois sur 100 et de

ceux-ci 50 % sont néoplasiques. L'hypertrophie n'implique pas fatalement un processus cancéreux ; elle peut être due à une tuméfaction purement inflammatoire ; en outre, il faut savoir, et Wertheim insiste sur ce fait, que les petits ganglions en apparence sains ne sont pas obligatoirement exclus d'une dégénérescence épithéliale.

Par ordre de fréquences, les premiers envahis sont les lymphatiques situés autour des vaisseaux hypogastriques et des vaisseaux iliaques externes, puis ceux qui sont situés dans le triangle de la bifurcation et, en dernier lieu, la chaîne ganglionnaire qui descend vers le trou obturateur.

Dans le doute, on doit toujours enlever les ganglions qui paraissent anormaux et volumineux sans cependant pousser trop loin leur recherche et vouloir extirper systématiquement, comme le conseillent Jonnesco et Mackenrodt, ceux de la région lombaire et inguinale. Cette façon d'agir n'offre aucun avantage pratique ; au contraire, elle aggrave considérablement l'opération.

PRONOSTIC OPÉRATOIRE. — Après les données cliniques ci-dessus exposées, il est facile de concevoir que plus un carcinome est attaqué à sa phase initiale, moins son extirpation est laborieuse. En effet, l'hystérectomie abdominale élargie pour néoplasme utérin à la première période de son évolution est à peine plus grave qu'une hystérectomie totale commune pour annexite ou fibrome ; l'utérus est libre, sans adhérences, l'hémostase facile, la dissection des urètres, et la recherche des ganglions inutiles, de sorte que la

mortalité n'atteint pas le chiffre de 8 à 10 %, et si on a eu soin d'enlever préventivement le paramètre en apparence sain, dans le doute de sa participation à la lésion, la guérison définitive est la règle.

Au deuxième degré, les choses ne se passent pas ainsi. Le décollement de la partie sus-vaginale du col est laborieux à cause des adhérences, le tissu cellulaire peri-utérin, en partie infiltré et surtout enflammé, saigne facilement malgré la ligature des hypogastriques et utérines (hémorragie veineuse en nappe). L'extirpation du paramètre, pour permettre d'espérer quelques chances de guérison, doit être poussée assez loin (*fig. 2*),



Artère utérine.

Fig. 2. Pièce d'hystérectomie pour cancer du col. On remarque l'abondance du paramètre enlevé.

les ganglions hypertrophiés enlevés et les uretères disséqués attentivement. Ces difficultés prolongent et aggravent l'intervention, la léthalité immédiate s'élève de 25 à 30 %. Quant au pronostic éloigné, il est douteux; les récidives ne sont pas rares; mais un assez grand nombre d'opérées, 30 à 40 %, guérissent définitivement.

Si le chirurgien est autorisé et même a le devoir d'intervenir pendant ces deux premières périodes de l'affection, que doit-il faire lorsqu'il se trouve en présence d'un épithélioma du col au troisième degré ? A cette période où les culs-de-sac sont indurés, le paramètre envahi, l'utérus a perdu en partie ou en totalité sa mobilité normale, et, à plus forte raison, lorsque l'infiltration a atteint la paroi du bassin et les organes voisins : vessie, rectum, uretères; pour espérer une guérison durable, il faut faire l'extirpation de tout le paramètre, dégager minutieusement les uretères de toute la gangue néoplasique, au risque de les blesser, disséquer, les adhérences avec la vessie et, si besoin est, réséquer une partie de cet organe; cliver le rectum, rechercher les ganglions souvent hypertrophiés jusqu'au trou obturateur; enfin, réséquer une large colerette vaginale.

L'examen détaillé des statistiques ci-dessus citées et l'analyse des observations que nous rapportons dans un article à part montrent que ces grands évidements pelviens sont presque fatalement voués d'avance à l'insuccès.

Les difficultés de techniques, la prolongation de l'opération et la cachexie par le fait même de l'intoxication cancéreuse, élèvent considérablement la morta-

lité immédiate; aussi, si on évite la mortalité inhérente à l'acte opératoire, les récidives sont très fréquentes et, comme a dit d'une façon humoristique notre maître : « Dans les cas avancés, à lésions viscérales multiples, l'intervention abrège sûrement les jours du chirurgien, sans prolonger de beaucoup ceux de la malade. »

Il y a certes des praticiens qui déclarent avoir obtenu la guérison de cas avancés, graves, où la vessie et la presque totalité du paramètre étaient envahis, mais ces faits sont des raretés; pratiquement nous ne pouvons pas nous baser sur ces exceptions pour former une règle.

M. Albertin est aujourd'hui d'avis, expérience faite, qu'il faut renoncer à entreprendre l'hystérectomie large lorsque l'utérus a perdu sa mobilité et le vagin est en partie ulcéré; à la rigueur, si on s'aperçoit, par le toucher, qu'il y ait une induration du ligament large d'un seul côté, que le clivage de la vessie sera laborieux et le dégagement de l'uretère difficile, si, en somme, l'envahissement du paramètre est unilatéral, on peut tenter à faire profiter la malade des seules chances de guérison qu'elle puisse espérer; mais pour ces cas encore on sera très pessimiste, et si la laparotomie faite on se trouve en présence de lésions plus étendues qu'on pensait, on ne doit, sous aucun prétexte, intervenir; le bistouri cédera sa place aux traitements palliatifs.

CAUSES DE LA MORTALITÉ. — Tous les auteurs sont d'accord à admettre que le principal facteur de la mortalité immédiate est l'infection, soit sous forme de péritonite franche, soit de cellulite du petit bassin qui

cachectise lentement la malade et finit par l'emporter vers le quinzième ou vingtième jour.

En effet, malgré toutes les précautions d'asepsie, la large plaie chirurgicale peut être accidentellement contaminée au cours d'une intervention aussi longue et laborieuse et l'énorme surface cruentée sous-péritonéale ne demande qu'à s'infecter et à suppurer.

Hannes a même trouvé l'infection préexistante dans le paramètre 6 fois sur 20 cas graves ; il croit que la contamination a été faite par la voie hématogène.

Le choc opératoire est aussi une cause non négligeable de léthalité. Kelly en rapporte 9 sur 28 morts ; Pollosson, 6 sur 36 ; Duret et Besson, 4 sur 10, et Albertin a eu 10 sur 50 décès. Il faut s'en méfier particulièrement lorsque l'intervention a duré, à cause de difficultés de technique, plus d'une heure et quart, une heure et demie, lorsque la malade a une maladie du cœur, même compensée, et chez les obèses.

Les hémorragies secondaires, qui surviennent ordinairement une demi-heure à deux heures après l'issue de l'opération, jouent un rôle important au cours des suites opératoires et menacent sérieusement la vie des patientes. L'explication la plus plausible paraît être celle donnée par M. Albertin. Pendant que la malade se trouve sur la table gynécologique en position de Trendelenburg, la congestion du bassin est minime et par conséquent le suintement sanguin en nappe qui suit la section des vaisseaux des plexus veineux périutérins a une tendance à se tarir par le tamponnement ; mais, aussitôt que la malade est transportée dans son lit et mise en position horizontale, l'hémorragie de cer-

taines veines recommence assez intense et rebelle. Il conseille donc, pour éviter de pareils surprises désagréables et funestes, de faire l'hémostase très soigneusement, les agrafes métalliques de Michel rendent de précieux services, et afin de s'assurer que rien ne saigne de remettre la patiente en position horizontale avant de suturer la paroi.

Les hystérectomisées payent aussi un tribut appréciable à la mort par occlusion intestinale, complication pulmonaire, infection urinaire, pyélonéphrose, etc.

CHAPITRE IV

Manuel opératoire (1).

Grâce à l'énergique intervention de M. Auguste Pollosson, le traitement du cancer utérin au moyen de l'hystérectomie abdominale élargie a été remis ces dernières années à l'ordre du jour de la chirurgie française, qui avait quelque tendance à l'abandonner.

Cette opération laborieuse, difficile, peut être facilitée par la connaissance de petites manœuvres qu'on arrive à instituer à mesure qu'on fait un plus grand nombre d'opérations et que l'on se heurte à de multiples difficultés. Pour faciliter la description, les manœuvres de l'intervention sont divisées en temps :

Premier temps : Incision médiane du pubis à l'ombilic et au-dessus si besoin, et mise en place de l'écarteur de Ricard. Inclinaison de la table gynécologique pour mettre la malade en position de Trandelenburg, et isolement des masses intestinales avec deux ou trois grandes compresses.

(1) Nous nous contentons à décrire la technique opératoire suivie par M. Albertin. Société de chirurgie de Lyon 1909.

Deuxième temps : Préhension de l'utérus, dégagement des annexes, pincement, section et ligature des pédicules ovariens et ligaments ronds.

La préhension de l'utérus n'est pas indifférente. Pour le cancer du col où le corps est dur, solide, la pince de Bouilly est commode ; pour les cancers du corps ou ceux du col dans lesquels l'utérus est un véritable pyomètre à parois amincies, il faut donner la préférence à la pince en lyre, qui n'entame pas la paroi et n'expose pas à l'issue de liquide sanieux à l'occasion de la préhension ou de la traction du corps utérin.

Après pincement et section des pédicules, il faut faire la ligature immédiate pour débayer le champ opératoire des pinces qui l'encombrent.

Troisième temps : Section aux ciseaux courbes sur le plat de la collerette péritonéale au voisinage de la vessie. Refoulement du péritoine et de la vessie avec tampon monté sur pince.

En même temps qu'on refoule le péritoine et la face postérieure de la vessie, on facilite la manœuvre, soit en sectionnant quelques brides, quelques fibres musculaires, soit en repoussant par la pointe mousse et connexe des ciseaux, la vessie qui se reconnaît facilement par les fibres de sa musculature. On décolle ainsi la vessie jusque sur le vagin dans le prolongement de la face antérieure de l'utérus. Sur les côtés, le tampon monté refoule cornes vésicales et tissu cellulaire jusqu'à ce qu'on découvre les plexus vasculaires situés en dehors et au-dessus de l'insertion du vagin sur le col utérin. Dans l'exécution de cette manœuvre, on voit

souvent l'abouchement des uretères. On met une compresse en avant de l'utérus pour faire l'hémostase.

Quatrième temps : Ligature des artères hypogastriques. Dédoublément des feuillets du ligament large. On ramène l'utérus en avant sur la compresse placée en travers qui tamponne les surfaces cruentées. L'index gauche est placé en avant du moignon de ligature de l'artère ovarienne et soulève l'angle formé par l'union des feuillets du ligament large. D'un coup de l'extrémité des ciseaux courbes fermés le ligament large est dédoublé jusqu'au voisinage de la face postérieure qu'on dégage souvent par l'ablation de ganglions. On reconnaît, isole et lie l'artère hypogastrique au niveau de l'origine des branches. Bien ménager la veine. Pendant cette manœuvre, on voit le plus souvent l'uretère en dedans de l'index gauche.

M. Tixier a reproché à la ligature de l'hypogastrique d'ischémier le bassin et, par conséquent, d'affaiblir la résistance des tissus à l'infection et à provoquer des troubles trophiques. Bien que cette nocivité ait été exagérée, nous avouons que cette façon d'agir n'est pas toujours sans inconvénient et la ligature des hypogastriques doit être réservée pour les cas exceptionnels avancés où la section vaginale sera portée trop bas (elle évite ainsi la ligature peu commode de la vaginale) et lorsque la recherche de l'utérine est laborieuse.

Cinquième temps : Recherche et libération de la partie postérieure de l'uretère.

Sous les feuillets postérieurs du ligament, au-dessus

de la ligature de l'hypogastrique, l'uretère est vite trouvé. Placer une pince pour tendre, et étaler ce feuillet postérieur dont on décollera l'uretère. Soulever ce conduit pour le libérer complètement de façon à pouvoir le récliner plus tard en dehors. Cet isolement de l'uretère vous amène jusqu'à l'artère utérine.

Sixième temps : Ligature de l'artère utérine à son origine et décroisement de l'artère et de l'uretère, dont on termine la libération dans le paramètre.

Dénuder l'artère utérine à son origine, placer une ligature au voisinage de l'hypogastrique, sectionner après avoir mis une pince sur le bout périphérique. Ramener ce bout périphérique avec tissu cellulaire, ganglions même, sur la face antérieure du col pour opérer le décroisement du vaisseau avec l'uretère situé au-dessous. On reprend alors l'uretère déjà isolé jusqu'au paramètre et on aborde le temps délicat de l'opération, la séparation de ce conduit de la gangue plus ou moins indurée qui l'enserme de toutes parts. On utilise les ciseaux courbes fermés, maniés comme la sonde cannelée; la face convexe repose sur l'uretère; l'extrémité agit vigoureusement sur la voûte celluleuse qui recouvre le conduit. On enlève la partie supérieure de ce tunnel à parois quelquefois très dures et très épaisses dans certaines formes scléreuses, qu'on pourrait opposer à d'autres formes œdémateuses où la gangue celluleuse infiltrée d'un peu de liquide séreux se laisse bien plus facilement cliver et déchirer.

On ne craint pas de déchirer le conduit; il reste au-

dessous de l'instrument, qui agit au-dessus de lui. On met à nul l'uretère sur tout son trajet et on le dégage alors assez facilement en le mobilisant soit en dehors, soit en dedans, en le soulevant, en sectionnant quelques brides se détachant de sa gaine. Toutes ces manœuvres doivent être précises, sans brutalité, exécutées avec patience, par petits coups, lentement.

L'uretère étant libéré jusqu'à la vessie, on refoule encore le point d'abouchement le plus bas possible avec la paroi vésicale pour que la section puisse porter bas, aussi bien en avant du vagin que sur les côtés.

Septième temps : Section du péritoine postérieur (du feuillet postérieur du ligament large, du cul-de-sac de Douglas).

Décollement du rectum, section des ligaments utéro-sacrés. Pour recliner la vessie en avant, les uretères sur les parties latérales de l'excavation pour que la zone postérieure ne soit pas encombrée par les uretères, il faut placer les écarteurs à double courbure préconisés par M. Pollosson et modifiés par M. Albertin. (*fig. 3 et 4*).

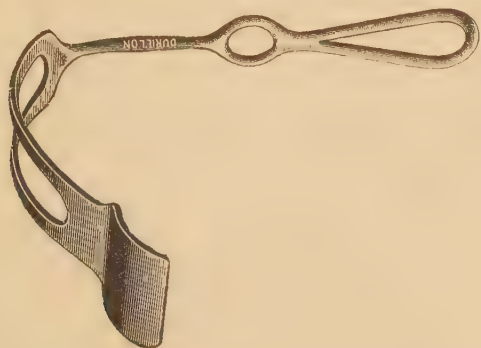


Fig. 3. Ecarteur de M. Albertin pour la vessie. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Instruments construits par M. Durillon, rue de la Charité.



Fig. 4. Ecarteur de M. Albertin pour les uretères (1).

L'utérus est attiré au dehors et ramené sur le pubis. La main gauche (l'opérateur étant placé à droite de la malade) est mise à plat sur la face antérieure du rectum et l'attire en arrière de façon à faire remonter le cul-de-sac de Douglas le plus haut possible.

On sectionne facilement le feuillet postérieur du ligament large qui est tendu par cette manœuvre, on incise le cul-de-sac de Douglas au point de réflexion de la séreuse sur la face postérieure du col. L'extrémité des doigts de la main gauche effondre le tissu cellulaire pré-rectal en décollant la face antérieure du rectum aussi bas que possible. Il faut se méfier, à ce moment, qu'à ce niveau, le rectum est convexe en avant (cap du rectum de Charpy) et qu'il faut décoller en avant sur la paroi postérieure du vagin pour éviter la déchirure de l'intestin. Ce décollement du rectum sera parfois prolongé assez bas pour que la section transversale du vagin ne l'atteigne pas. Cette manœuvre a dégagé les ligaments utéro-sacrés qui sont sectionnés alors

(1) Instruments construits par M. Durillon, rue de la Charité.

que la main gauche, aplatissant le rectum et le tirant en arrière, facilite la notion et zone para-rectale à ménager.

On libère ainsi la région postérieure, l'utérus, et le paramètre se détache de la zone rectale qu'on ne doit plus aborder.

Huitième temps : Vérification de la mise en place des écarteurs antérieurs pour la vessie, latéraux pour les uretères. Fermeture du vagin au-dessus de la section à opérer par pince en T. Ablation de l'utérus, du paramètre et de la partie supérieure du vagin.

On vérifie à nouveau que l'écarteur antérieur ramène bien la vessie et l'abouchement des uretères, de façon à ce que la ligne de section vaginale se présente nettement.

L'index vérifie que la zone vaginale soit libérée suffisamment bas, de façon que la collerette vaginale attenant au col se termine par une zone de tissus sains. Les uretères réclinés dans la gouttière des écarteurs latéraux sont maintenus tout à fait sur la paroi verticale du bassin.

Avant d'arriver à l'ablation, il est bon, la pince vaginale de M. Albertin (*fig. 5 et 6*) étant en place, de

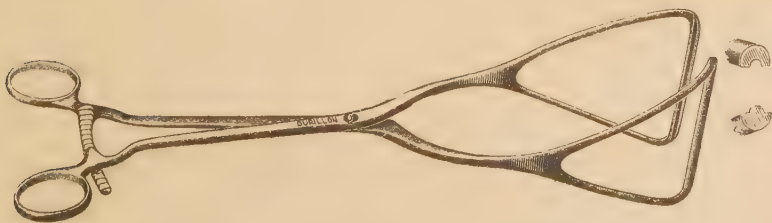


Fig. 5. Pince de M. Albertin pour la fermeture du vagin.

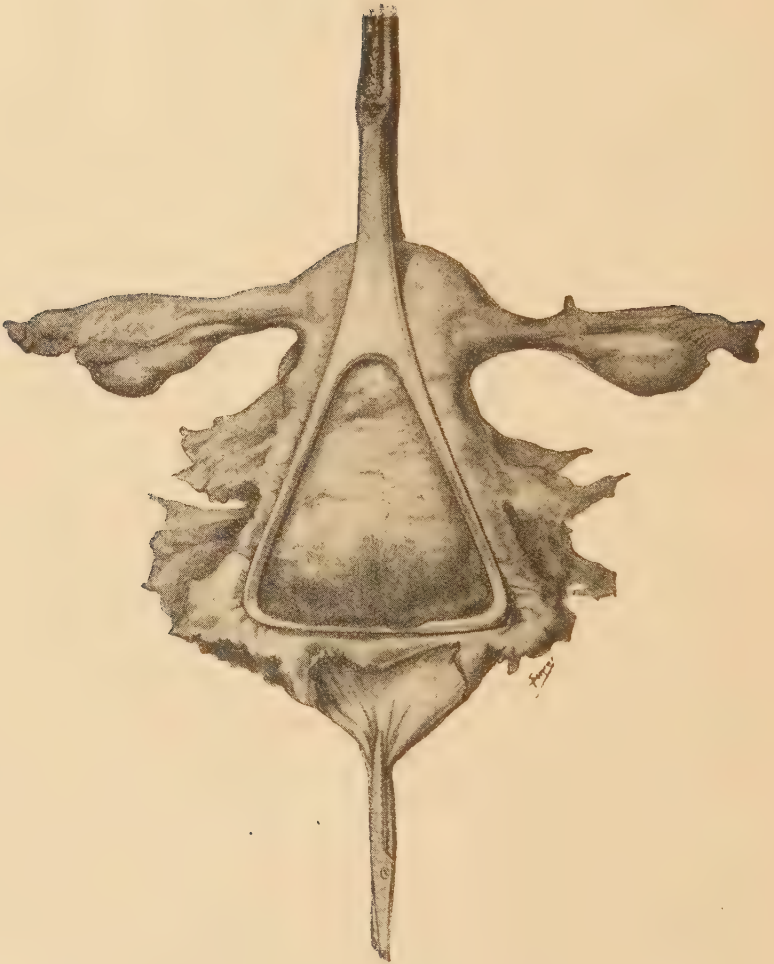


Fig. 6. La pince vaginale mise en place.

faire pratiquer le nettoyage du vagin avec un tampon monté imbibé d'eau oxygénée.

Le bloc à enlever est saisi par la main gauche du chirurgien et fortement tiré en arrière. L'aide qui tient l'écarteur latéral gauche de la main gauche place la main droite à plat sur la face antérieure du rectum et l'aplatit en le tirant en arrière.

A l'aide de longs ciseaux courbés sur le plat, on sectionne de droite à gauche le paramètre droit, le vagin au-dessous de la pince, le paramètre gauche.

Dans le cours de cette section, lorsqu'on arrive au vagin, si l'isolement n'est pas complet, il faut se méfier du rectum, inciser la paroi antérieure du vagin, puis la paroi postérieure.

La traction tend le tissu cellulaire prérectal et on évite le rectum en restant près de la section vaginale.

Dans le cours de cette section, on a du sang fourni par les plexus vaginaux, par les branches vésicales, des hémorroïdales moyennes, mais il est préférable d'achever rapidement la section et de tamponner le fond du bassin avec une volumineuse compresse de gaze pendant quelques instants.

Neuvième temps : Hémostase. Drainage sous-péritonéal par le vagin.

On enlève la compresse, on place une pince tire-col sur la lèvre postérieure du vagin et on place des pinces languettes sur les plexus latéraux du vagin, sur quelques troncs veineux. Il est rare qu'on ait affaire à des hémorragies en jet. Cette hémostase par pincement et ligature doit être faite soigneusement et

patiemment. Lorsqu'on la croira complète, on pourra, en ramenant la malade dans la position horizontale, vérifier si cette nouvelle position ne provoque pas un nouvel écoulement sanguin.

L'hémostase faite, une pince introduite par le vagin vient saisir une longue mèche de gaze dont la première partie traverse le vagin et le débarrasse des caillots et dont la seconde est utilisée pour capitonner la surface cruentée du fond du bassin, au-dessous des uretères.

Dixième temps : Péritonisation basse. Il reste maintenant à réparer la brèche péritonéale faite au fond du bassin. On suture en surjet, au catgut, à partir de l'angle postérieure gauche, les deux lèvres de l'incision péritonéale depuis le pédicule de la ligature de l'ovarienne ; en avant, la collerette vésicale à bord concave est suturée au bord convexe du péritoine pré-rectal, au niveau de la ligne d'incision du Douglas. On reconstitue, en quelque sorte, le Douglas, le péritoine pré-rectal se continuant par le péritoine vésicale.

M. Goullioud fait la péritonisation avec l'anse sigmoïdo-rectale ; nous pensons que la péritonisation basse ci-dessus décrite est préférable. Elle laisse libre la totalité de l'anse, ne la fixe en aucun point, n'expose pas à des coutures, à des tractions sur le conduit intestinal pouvant produire des phénomènes d'obstruction passagers ou durables.

Le péritoine vésical vient, par sa concavité, s'appliquer directement sur la ligne d'incision péritonéale pré-rectale, là où le péritoine finit, où le tissu cellulaire

sous-jacent dénudé doit être isolé. Il n'y a rien à objecter à cette manière de faire et on doit lui donner la préférence toutes les fois qu'il est possible de le faire. Ce n'est qu'en cas de blessure du rectum à un niveau un peu élevé, qu'on aura recours à l'abaissement de l'anse sigmoïde à la façon d'un couvercle sur le fond du bassin.

Onzième temps : Fermeture de l'abdomen.

CHAPITRE V

Lésions vésico-uretérales.

DÉCHIRURES DE LA VESSIE. — Si l'affection néoplasique a dépassé tant soit peu les limites du col, il faut s'attendre à trouver, au cours de l'hystérectomie, des adhérences plus ou moins épaisses avec la paroi vésicale qui peut même être envahie. Dans ces cas avancés au moment qu'on essayé avec le doigt ou au moyen d'un instrument mousse de cliver la paroi postérieure de la vessie, il est possible qu'une déchirure accidentelle de cet organe se produise. La blessure peut intéresser la tunique musculaire seulement, c'est alors une blessure incomplète, ou, ce qui arrive le plus souvent, atteindre la muqueuse, blessure complète, accident fâcheux qui complique parfois les suites opératoires d'une cystite ou d'une fistule vésico-vaginale.

Scheib, sur 176 hystérectomies élargies, compte 16 déchirures de la vessie; Wertheim, étudiant ses 500 opérations, en cite 18; Pollosson, sur 211 cas, en cite aussi 14. Dans les observations du docteur Albertin, nous en trouvons 14 sur 162 Wertheim.

Cet accident est ordinairement reconnu à temps et réparé par la suture immédiate à deux plans qui n'est pas cependant une garantie absolue de guérison par première intention, puisque Wertheim, sur 18 déchirures involontaires suturées, enregistre 3 morts post-opératoires et 7 fistules vésico-vaginales secondaires.

Pollosson préfère même ne pas suturer et n'intervenir que plus tard, 3 à 4 mois après, par la colpocleisis (1) secondaire pour la cure de la fistule.

RÉSECTION DE LA VESSIE. — La résection volontaire de la vessie est faite rarement. Wertheim y a eu recours 3 fois ; Albertin, 2 fois. Nous pensons que cette pratique n'a actuellement aucune raison d'être étant donné que, si l'examen clinique et la cystoscopie nous a fourni des renseignements positifs sur l'infiltration vésicale, il n'y a pas de doute que nous nous trouvons en présence d'un cancer du troisième degré et nous savons déjà que son extirpation est laborieuse et grave et que, même en obtenant une guérison opératoire, le pronostic sera très mauvais, la récurrence surviendra à bref délai, comme dans un cas du docteur Albertin où la patiente est morte le troisième mois. Si, au contraire, on ne s'est aperçu de l'infiltration vésicale qu'au cours de l'intervention, il est illusoire à vouloir s'entêter à la mener à bout ; il faut renoncer définitivement à la cure radicale et se contenter de la laparatomie exploratrice.

CYSTITES. — On observe parfois, après l'hystérectomie abdominale, une parésie vésicale bénigne qui disparaît au bout de quelques jours, mais qui peut aussi se compliquer d'une légère élévation de température, de troubles vésicaux et de cystite franche. Ces complications sont attribuables soit à un sondage négligé, soit à une lésion opératoire de la vessie qui a

(1) Il nous semble plus correct de dire la colpocleisis et non pas le puisque le nom grec κολήσις (clôture) est de genre féminin.

passé inaperçu. Il est bon, lorsque la vessie a été incomplètement déchirée, de faire un ou deux points de suture et une péritonisation aussi basse que possible, de façon à couvrir le bas-fond de la vessie et éviter les mortifications secondaires de sa paroi et les fistules consécutives.

M. Albertin met toujours, après l'hystérectomie, une sonde à demeure pendant 3 ou 4 jours; il croit qu'on peut ainsi prévenir la parésie et la décomposition urinaire et partant la cystite.

LÉSIONS URETÉRALES. — Le temps principal de l'hystérectomie de Wertheim est la recherche et la libération des uretères. En raison de leur voisinage avec le col et de leurs rapports anatomiques, le tissu cellulaire qui les entoure est le premier envahi lorsque les limites du col sont franchies, et leur dégagement doit être très soigneux et attentif. Les travaux de Wertheim, de Sampson et autres démontrent que la paroi des uretères n'est que très rarement infiltrée par le processus cancéreux; ces conduits sont entourés seulement d'une gangue inflammatoire ou néoplasique qui ne dépasse pas en profondeur leur adventide propre, mais qui les comprime par place et peut occasionner une dilatation ampoulaire en amont de l'étranglement. Cette rareté d'envahissement est un fait heureux qui, malgré la contestation de Seitch, doit être prise en considération par le chirurgien qui se trouve embarrassé sur le sort des uretères et l'inciter à éviter le plus possible leur résection. Wertheim n'en a fait que 5 sur 500 hystérectomies.

Nous croyons, comme pour la résection de la vessie, que ces complications du manuel opératoire ne font qu'aggraver l'intervention sans améliorer nullement le pronostic éloigné, puisque Weibel, étudiant le sort des uretères au cours et après l'hystérectomie, note 11 résections évoluées favorablement au point de vue de guérisons opératoires, mais qui, excepté un cas, ont récidivé dans l'année même.

Au cours de dégagement laborieux, chez les femmes obèses, ou lorsque l'envahissement est avancé, il arrive, malgré toutes les précautions prises, de léser la paroi urétérale, blessure incomplète, ou de la sectionner complètement.

Tous les maîtres de chirurgie ont eu à déplorer des accidents de ce genre. Weibel signale, sur 300 Wertheim, 11 lésions involontaires de l'uretère englobé dans le tissu néoplasique; Pollosson, 8 sur 211 hystérectomies; Sampson, 19 sur 155; Wertheim, 11 sur 500; Albertin, 5 sur 163.

Le moyen curatif consiste dans l'uretéro-cystotomie si la section est complète et près de la vessie; si, au contraire, elle est située à quelques centimètres du réservoir urinaire, on donnera la préférence à l'uretéro-urétrostomie de deux bouts sur une sonde. La suture latérale est tout indiquée lorsqu'on est en présence d'une blessure incomplète.

FISTULES SECONDAIRES. — Souvent, 8 à 12 jours après une hystérectomie abdominale, la malade se plaint d'incontinence d'urine et, à l'examen ou au toucher, on se rend compte d'une communication plus ou

moins large vésico-vaginale. Ces fistules sont dues soit à une lésion opératoire de la vessie suturée, dont les fils ont lâché, soit à une mortification secondaire de la paroi vésicale, consécutive à une lésion accidentelle incomplète, à un arrêt de la circulation ou à une suppuration sous-péritonéale.

Kelly, sur 137 opérations enregistre 11 fistules vésico-vaginales secondaires. Dans nos observations nous en trouvons 15.

La guérison spontanée de ces fistules n'est pas rare, et il est à recommander, avant d'intervenir pour une cure radicale, colpocleisis ou autre procédé, d'attendre trois ou quatre mois.

L'incontinence d'urine n'est pas toujours la conséquence d'une communication vésico-vaginale, mais aussi d'une fistule uretéro-vaginale.

Celles-ci, exception faite de cas où l'uretère a été blessé et suturé au cours de l'intervention, sont consécutives à une nécrose secondaire de la paroi uretérale due probablement aux troubles de la circulation locale et par conséquent de la nutrition.

On a voulu, pour expliquer ces troubles nutritifs, incriminer la dénudation étendue des uretères, croyant que celle-ci les prive de ces vaisseaux, et Amann conseille, pour remédier à cet inconvénient, de recouvrir ces conduits par une péritonisation soigneuse afin d'assurer leur vitalité.

Mais les contributions anatomiques de Byron-Robinson, de Sampson et surtout de Lertarjet et Laroyenne ont établi que les vaisseaux de l'uretère, provenant de l'artère rénale, des uretéro-ovariennes, et de l'iliaque

interne, se trouvent situés au-dessous d'une adventice propre qui fait corps avec sa paroi et qui est respectée pendant la dissection du tissu cellulaire.

Feitel attire aussi l'attention des chirurgiens sur ce fait que le segment pelvien de l'uretère reçoit ses artérioles de l'hypogastrique du côté interne, tandis que le tronçon inférieur les reçoit de l'utérine et la vésicale du côté externe. De là la notion prophylactique d'inciser, lorsqu'on met à nu l'uretère, du côté externe pour la partie supérieure et du côté interne pour la moitié inférieure. Wertheim, en employant ce procédé, n'a eu que 2 fistules sur 30 interventions au lieu de 8 qu'il a observées auparavant sur le même nombre d'hystérectomies.

Récemment, Weibel, revenant sur la question du sort des uretères après les opérations abdominales, dit que ces causes mécaniques de nécrose sont peu probables et a tendance à accepter la pathogénie infectieuse. A l'appui de cette théorie il cite 44 fistules secondaires survenues dans des cas où l'uretère a été respecté par l'opération, et dans lesquelles il a remarqué 33 fois la coexistence d'une collection purulente sous-péritonéale. Dans le quart de ces cas la suppuration a été primitive et la fistule est survenue entre le 5^e et le 17^e jour.

Bien que cette incontinence d'urine soit une infirmité très désagréable et ennuyeuse pour la patiente, l'expectative, pendant les 3 ou 4 premiers mois, est de rigueur, puisque les guérisons spontanées s'élèvent, d'après Weibel, à 52 %. Si après ce délai la fistule ne s'est pas tarie, il faut intervenir pour une cure radicale.

CHAPITRE VI

Récidives tardives.

Le délai de cinq ans est insuffisant pour conclure que la récidive n'aura pas lieu. 23 observations probantes.

Nous avons déjà dit, dans un précédent article, que les récidives ne sont pas rares et, si elles surviennent exceptionnellement après une intervention qui surprend l'affection au début, elles sont la règle à la suite des opérations à la troisième période.

Les récidives sont beaucoup plus fréquentes la première année qu'au cours des deuxième et troisième, ce qui a fait croire, durant un certain temps, que toute femme qui restait en bonne santé pendant une durée de trois ans après une cure radicale était définitivement guérie. Cependant, dans tous les services gynécologiques, on voyait des malades hystérectomisées depuis quatre ans ou même cinq ans récidiver et on a dû bientôt, devant l'incontestabilité des faits, reculer la limite à cinq ans, c'est-à-dire qu'après cette date les risques de récidive sont complètement écartés. Cette doctrine nous paraît sinon fausse, tout au moins inexacte.

Si les récidives après la cinquième année, auxquelles nous donnons le nom de récidives tardives, sont rares, il n'est pas moins vrai qu'elles existent, qu'elles ont été signalées. Aulhorn les évalue à 1 % après la sixième année et Hofmeier les considère comme un fait indiscutable.

Voici l'observation d'une malade opérée en 1907, par le docteur Albertin, et chez laquelle on a constaté une récidive au courant de 1913.

OBSERVATIONS. — A. C., 54 ans, 1 enfant. Pas de fausses couches. Ménopause à 45 ans.

Depuis huit mois, pertes blanches fétides. Il y a deux mois, pertes rouges. Pas de douleurs. Au toucher on sent au niveau du col une large ulcération bourgeonnante en chou-fleur, qui saigne au moindre contact. Les cul-de-sac sont souples, l'utérus mobile.

Intervention : Wertheim. Ligatures. Dissection des uretères. Le décollement est facile en arrière, un peu laborieux en avant à cause des adhérences avec la face postérieure de la vessie. Péritonisation basse. Mèche vaginale.

Suites opératoires : Normales. Le dix-huitième jour la patiente quitte le service, opératoirement guérie. Depuis elle est en parfaite santé jusqu'aux derniers mois de 1913. Au mois de décembre elle se présente à l'hôpital en se plaignant d'une constipation rebelle et de ténésme rectal très intense.

A l'examen on trouve un noyau induré péri-cicatriciel et une masse volumineuse dans la moitié droite de

l'excavation pelvienne qui dévie le rectum à gauche, ce qui provoque la constipation et le ténésme. Il n'y a pas de doute, il s'agit d'une récédive qui remonte probablement à quelques mois.

Voilà donc une femme opérée pour un cancer du col au premier degré, qui reste pendant cinq ans complètement guérie et, d'après « la loi de cinq ans », si j'ose m'exprimer ainsi, doit être déclarée définitivement guérie et qui, au courant de la sixième année, présente une récédive dans la cavité pelvienne. Ce cas n'est pas, malheureusement, unique ; nous avons pu en réunir 22 autres déjà publiés que nous nous contentons de signaler. Ce sont : 2 de Faure, l'un survenu après 7 ans, l'autre après 6 ans ; 3 de Jacobs sur 152 opérations et 93 récédives avant la cinquième années ; 1 de Othner, 23 ans après l'opération ; 1 au courant de la huitième année constatée par Forgue. Charrier et Pancelin en ont publié une survenue après 9 ans et 6 mois et en citent 4 autres que Blan trouve dans la statistique de Chrodak. Knauer en a rapporté 2 au courant des vingtième et huitième années. Reineke en présente 3 après 6, 7 et 11 ans, Reipen, une après 6 ans et 6 mois, Mackenrodt, 2 autres au cours des septième et neuvième années, enfin, Semon en signale 2 vers la dixième et la sixième années.

Il est vrai que les 14 derniers cas ont été opérés par la voie vaginale, mais que nous importe le manuel opératoire ? Il ne peut nullement favoriser l'apparition tardive de la récédive ; au contraire, les opérations vaginales, limitées comme elles sont, ont toutes les chances de récidiver au courant de la première année. Bref, le

fait est que, dans ces 23 cas, la récurrence est survenue après la cinquième année.

Nous croyons alors que nous n'avons pas le droit d'affirmer, d'une façon absolue, qu'une femme opérée d'un épithélioma du col est définitivement guérie, même si un délai de plus de cinq ans depuis l'opération radicale s'est écoulé sans aucun incident.

CHAPITRE VII

Analyse de nos observations.

Depuis l'année 1905 jusqu'à la fin 1913, 322 femmes atteintes de cancer utérin ont été soignées à la Charité, dans le service de mon maître, le docteur Albertin ; 34 fois il s'agissait d'un carcinom du corps.

Opérabilité : De ces cancéreuses, 138, dont 9 épithéliomas du corps, ont été jugées incapables de subir une intervention radicale par la voie haute, soit à cause de l'étendue du mal, soit parce que leur état général ou leur âge ne le permettait pas. 5 fois que l'examen clinique n'avait pas donné de renseignements exacts sur l'infiltration du paramètre, on a dû renoncer à l'extirpation de la tumeur après une laparotomie exploratrice ; dans l'un de ces cas on s'est trouvé en présence d'un volumineux néoplasme du corps. 16 patientes opérables se sont dérobées du service sans vouloir se décider à l'hystérectomie élargie. Enfin, 163, dont 24 atteintes de cancers du corps, ont été opérées par le procédé de Wertheim, ce qui élève l'opérabilité à 55,4 %.

Age : L'âge des opérées pour néoplasme du corps est beaucoup plus avancé que pour l'épithélioma du col. Sur 24 de celles-là, 21 sont âgées d'au moins 45 ans ; 13 ont dépassé leur 55^e année.

Pour le cancer du col nous en trouvons : 29 dont l'âge varie entre 27 et 35 ans ; 62 entre 36 et 45 ans ; 43 entre 46 et 55, et 6 entre 56 et 65 ans.

La plus jeune des opérées avait 27 ans; la plus vieille, 65 ans. En ce qui concerne les cas inopérables, la majorité a dépassé 50 ans.

Apparition des premiers symptômes : La plus grande partie des malades soignées s'est présentée dans le service au moins 8 à 12 mois après l'apparition des premiers signes, pertes rosées, hémorragies, etc. Le nombre de celles qui se sont présentées avant les premiers 6 mois est très restreint.

Mortalité : Le pronostic immédiat et éloigné des hystérectomies pour cancer du corps est beaucoup plus bénin que pour ceux du col ; dans nos observations nous trouvons sur 24 cas, 2 morts post-opératoires, ce qui fait une mortalité de 8 %. Les autres 139 hystérectomies élargies pour le carcinum du col sont réparties, par rapport à l'étendue des lésions, comme il suit : 21 s'adressent à des néoplasmes du col au premier degré de son évolution, 73 au deuxième degré et 35 au troisième. Nous ne comptons pas trois cas compliqués : l'un, de fibrome utérin, de kyste de l'ovaire gauche et métastase cancéreuse de l'ovaire droit ; l'autre, d'un volumineux hydrosalpinx double, et le troisième, d'une salpingite bilatérale suppurée. Les résultats immédiats sont, pour la première série de 21 cas, 3 morts post-opératoires donc 10 % de mortalité ; deux patientes ont succombé à la suite d'une congestion pulmonaire.

Pour la deuxième série de 73 cas, on déplore 19 décès opératoires, ce qui élève la léthalité à 26 %. Deux autres malades ont succombé aussi à une complication pulmonaire.

Sur les 35 cas de la troisième série, nous avons 24 morts à la suite de l'intervention et un décès par congestion pulmonaire ; donc, une mortalité de 65 %.

Causes des morts immédiates : Au point de vue de la mortalité opératoire, deux choses doivent être à retenir :

L'état général plus ou moins satisfaisant. (Une série de mensurations des globules sanguins a montré à M. Albertin que, même avec des apparences de santé suffisante, la diminution proportionnelle des globules sanguins était considérable) ;

L'état local. C'est la nécessité d'élargir l'opération en face des lésions constatées au cours de l'acte opératoire qui aggrave le pourcentage de mortalité.

Les décès sont répartis ainsi :

12 par péritonite ou infection purulente ;

10 par *choc* opératoire ;

5 par hémorragie secondaire ;

4 à la suite de complications pulmonaires ;

3 par cachexie ;

3 par collapsus cardiaque à point de départ péritonéal ;

2 à la suite d'une infection urinaire ;

2 à la suite d'une éventration et rupture intestinale ;

1 par anurie ;

1 par embolie à la suite de la suture de la veine iliaque.

Survie et récidives : Nous regrettons vivement de ne pas avoir pu obtenir de renseignements sur 65 opérées à cause de la mobilisation de nos confrères qui les soignaient. Les circonstances nous obligent à nous borner à contre-cœur aux nouvelles que nous avons eues, en 1914, sur 40 patientes seulement. De celles-ci, 22 ont présenté des cas de récidive dans l'intervalle de quelques mois à six ans de l'intervention ; nous faisons remarquer qu'une seule sur les 21 opérées pour cancer au premier degré a récidivé après 3 ans. Le nombre de guéries depuis 1 à 8 ans s'élève à 17, c'est-à-dire 42,5 % de guérisons. Mais ce chiffre est contestable étant donné que le délai écoulé dès l'opération n'est pas suffisant pour permettre d'affirmer la guérison et c'est pourquoi nous mentionnons à part 104 opérées depuis au minimum 5 ans. De celles-ci, 44 n'ont pas survécu à l'intervention, nous sommes sans nouvelles de 35 ; 18 ont récidivé ; 7 seulement sont actuellement en bonne santé, ce qui limite nos guérisons définitives à 28 %.

Lésions associées : Une fois l'utérus était gravide de deux mois et demi. Deux fois l'affection néoplasique se compliquait d'une salpingite bilatérale dont l'une purulente ; une fois d'un volumineux hydrosalpinx double ainsi que d'un hémossalpinx accompagné de kyste de l'ovaire.

Cinq fois le ou les ovaires étaient kystiques.

Quant au fibrome, deux fois il coexistait avec un kyste de l'ovaire et une fois avec une tumeur de l'ovaire de nature néoplasique. Un épithélioma étendu du vagin a nécessité un premier temps opératoire par la voie



Fig. 7. Pièce d'hystérectomie pour cancer du col. On remarque de gros ganglions dans le paramètre.

vaginale, l'intervention a été achevée par la voie haute comme un Wertheim.

Nous trouvons deux fois l'un des uretères double.

Envahissement ganglionnaire : Les ganglions des vaisseaux iliaques ont été hypertrophiés 47 fois (*fig. 7 et 8*);

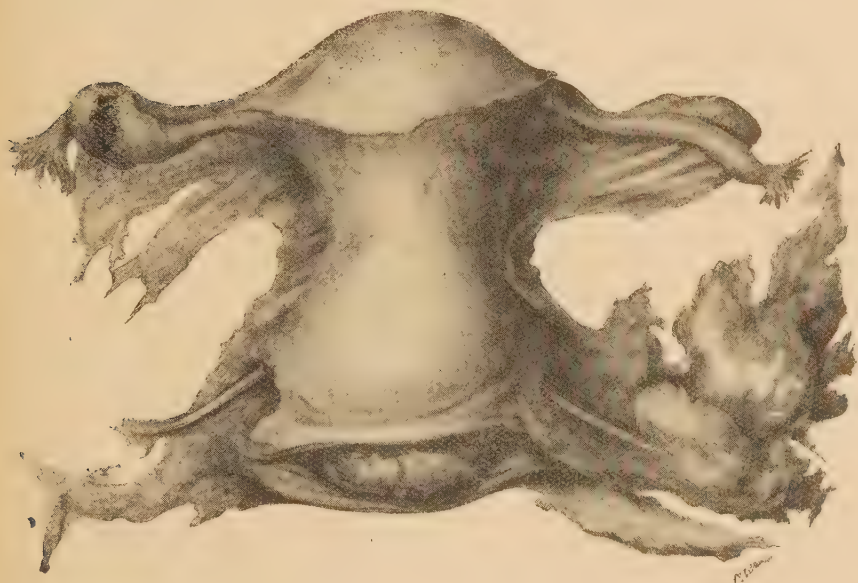


Fig. 8. Pièce d'hystérectomie pour cancer du col.

trois fois, il y en avait parmi eux 2 ou 3 très volumineux et ramollis. Les ganglions lombaires ont été 2 fois d'un volume anormal et une fois les lymphatiques inguinaux.

Blessures des organes voisins : Deux fois la veine hypogastrique seule a été déchirée et ligaturée, une fois les quatre vaisseaux iliaques externes et internes.

L'hémorragie secondaire très abondante a emporté, quelques heures après, deux de ces opérées. L'artère iliaque externe a été incomplètement ouverte et suturée par quelques points latéraux une fois, la patiente est morte le lendemain par embolie dans le ventricule gauche.

La vessie a été involontairement déchirée 14 fois ; on a toujours eu recours à la suture immédiate à deux plans : 9 de ces malades n'ont pas survécu à l'intervention ; 3 ont eu une fistule secondaire vésico-vaginale, et 2 ont guéri par première intervention.

Le rectum a été blessé 4 fois. La suture immédiate a donné une guérison ; des autres malades, une n'a pas survécu et deux ont présenté des fistules recto-vaginales dont l'une a guéri spontanément.

L'un des uretères a été blessé ou sectionné complètement 5 fois. Dans 2 cas on a pratiqué l'abouchement dans la vessie avec guérison. Pour les autres cas, on a fait la suture latérale ou la suture uretéro-urétérale par invagination sur sonde : 2 patientes sont mortes, la 3^e est guérie.

Lésions volontaires : On a été forcé de pratiquer deux fois la ligature et la résection d'un des uretères. Deux autres résections urétérales ont été complétées de l'uretéro-cysto-néostomie. Une seule malade a survécu avec incontinence d'urine. Une fois aussi la résection a été suivie de suture latéro-latérale de l'uretère, mais la malade a succombé quelques jours après.

¶ Nous avons à signaler deux résections vésicales, l'une du fond de la vessie accompagnée de la ligature et la

résection de l'uretère droit et suivie de guérison opératoire (3 mois après, mort par récurrence); l'autre, très étendue, les 3/4 de l'organe ont été réséqués et les uretères implantés dans la vessie néoformée. Quelques heures après cette intervention, la patiente mourait du choc opératoire.

Fistules secondaires : Les suites opératoires ont été troublées 15 fois d'une fistule vésico-vaginale secondaire, dont 4 après une déchirure accidentelle de la vessie ; d'une fistule vésico-urétérale, une vésico-rectale, suivie de guérison spontanée, et une fistule vésicale extérieure vers la paroi abdominale au niveau de la partie inférieure de la cicatrice cutanée. Quatre fois la cure radicale des fistules vésico-vaginales a été tentée avec trois succès, quatre autres ont guéri spontanément vers le quatorzième, vingt-quatrième et cent vingtième jour.

Fistules urétérales : Nous avons à signaler trois fistules urétérales dont deux secondaires à une urétéro-cysto-anastomie. L'une d'elles s'est tarie spontanément.

Suites opératoires : Les accidents post-opératoires que nous avons remarqués sont : deux fois l'incontinence d'urine due à la paralysie du sphincter ; trois fois la *parésie* vésicale ; quatre cystites ; deux occlusions intestinales, dont l'une a nécessité la formation d'un anus contre nature ; huit éventrations, l'une compliquée de rupture intestinale ; cinq hémorragies secondaires ; un phlegmon ischio-rectal.

CONCLUSIONS

1° L'hystérectomie abdominale élargie ne doit pas s'appliquer à tous les cas de cancer du col ;

2° Cette méthode sera d'autant plus efficace qu'elle s'adressera à des cas surpris au début de leur évolution ;

3° Il faut l'employer aussi si la partie justa-cervicale des ligaments larges est indurée ;

4° Lorsque l'utérus est absolument immobile, que la couronne vaginale est indurée dans sa plus grande partie, nous sommes d'avis qu'il faut s'abstenir ;

5° Dans ces cas à lésions viscérales multiples, vessie adhérente, uretère enserré et dilaté, adhérences rectales, en présence des difficultés opératoires et la longueur de l'intervention, la mortalité immédiate est très élevée, et les récidives rapides, très fréquentes ;

6° Le délai de cinq ans est insuffisant pour conclure que la récidive n'aura pas lieu.

Le Président de la Thèse :

Aug. POLLOSSON.

Vu :

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

J. COURMONT,

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 décembre 1916.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.

JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBERTIN. — « Technique opératoire de l'opération dite de Wertheim ». — Société de chirurgie de Lyon, 25 novembre 1909.
- ALBERTIN. — « A propos de 400 cas d'hystérectomie abdominale pour fibromyome utérin ». — *Lyon médical*, n° 17, avril 1911.
- ALBERTIN ET CHARLET. — « Cancers du corps utérin. Présentation de deux pièces ». — Société de chirurgie de Lyon.
- AMANN. — « Le recouvrement de l'uretère dans les curages étendus du bassin pour cancer utérin ». — *Zeitschr. für Geb. und Gynäk.*, 1907, t. LXI.
- AULHORN. — « Contribution à la statistique cancéreuse. Remarques sur les résultats de Mayer ». — *Monatsschrift für Geburts, und Gynäk.*, août 1911.
- AULHORN (Leipzig). — « Sur les résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus ». — *Archives für Gynäk.*, 1910, pp. 231-254.
- AUCLAIR. — Thèse de Paris, 1899. *De l'hystérect. abdom. totale dans le trait. du cancer de l'utérus.*
- BERKELEY ET BONNEY. — « Cure radicale du cancer de l'utérus par la méthode de Wertheim ». — *The British medical journal*, octobre 1908.
- BERKELEY ET BONNEY (Londres). — « Résultats de l'opération radicale du cancer du col de l'utérus, résultats éloignés ». — *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, sept. 1913.
- BERUTTI. — *Gior. di Ginecolog. ed. Ostetr.*, 1902.
- BIGEARD. — Thèse, Paris, 1899.
- BOURDZINSKY. — « Etude comparée des méthodes de traitement chirurgical du cancer de l'utérus ». — III^e Congrès de Gynécol. et Accoucheurs Russes, à Kieff, 1909.

- BOUVIER. — Thèse de Lyon, 1904. — *Etat actuel de la thérapeutique radicale du cancer de l'utérus.*
- BUMM. — « La guérison du cancer de l'utérus. ». — *Zeitschrift für Krebsforschung*, 1910.
- BUSSE. — « Résultats éloignés de l'opération du cancer de l'utérus par les méthodes abdominales ». — *Monatsschrift für Geb. und Gynäk.*, t. XXXV, janvier 1912, pp. 33-35.
- BYRON-ROBINSON. — « The lateral pelvic segment of the ureter ». — *Cincinnati Lancet Clinic.*, nov. 1903.
- BYRON-ROBINSON. — « The rectal segment of the ureter ». — *Medical Record*, avril 1904.
- BYRON-ROBINSON. — « The iliac segment of the ureter ». — *The Physician and surgeon*, nov. 1912.
- CAMPAGNOLE. — Thèse de Lyon, 1916. — *Fistules consécutives à l'hystérectomie abdominale.*
- CHALOT. — *Indépendance médicale*, 1896.
- CHASE. — « Récents progrès de la technique de l'opér. abdominale du cancer de l'utérus ». — Congrès de l'Association américaine des accoucheurs et gynécologues. Syracuse, sept. 1910.
- CHARRIER ET PANCELIER. — « A propos d'une récurrence tardive d'un cancer du col de l'utérus ». — *Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1913.
- CHEVREAU. — Thèse de Lyon, 1911. — *Fistules vésicales consécutives à l'opér. de Wertheim et leur traitement par le colpocleisis élevé.*
- CLARK. — *The Americ. gynecol. and obst. journal*, t. XIII, 1897.
- CLARK. — Commun. à la Société américaine de Gynecol. — In *The journal of Obst. and Diseases of women and Children*, n° 4, 1912, pp. 612-643.
- « Sur les résultats imméd. et éloignés de l'opér. radic. par voie abdominale du cancer du col ».
- CRUET. — « L'examen de la vessie dans le cancer du col utérin ». — Commun. à la Société de chir. de Paris, janvier 1913 (In Bulletin et mémoires de la Société).

- CULLEN. — Communic. à la Société améric. de Gynecol., 1912.
— « Réflexions sur l'opér. de Wertheim ».
- DELBET ET IBRENSCHMIDT. — « Cancer anormal du col de l'utérus ». — *Bulletin de l'Associat. française pour l'étude du cancer*, 1909, p. 193.
- DEAVER. — « Mes hystérectomies en 1911 ». — *The americ. Journ. of the Medical Science*, avril 1913, pp. 474-499.
- DURET ET BESSON. — « Résultats immédiats et éloignés des interventions totales dans le traitement du cancer ». — *Revue de gynécologie*, 1904.
- DIEDERLEIN. — LXXVI^e Réunion des naturalistes et médecins allemands. — Breslau, sept. 1904.
- DIEDERLEIN. — « Statistiques sur l'hystérect. pour cancer de l'utérus ». — XI^e Congrès de la Société allemande de gynécol., Kiel, juin 1905.
- FAURE. — Société d'obst. de gynécol., et de Pédiatrie, déc., 1905.
- FAURE. — « Traitement du cancer du col de l'utérus ». — XV^e Congrès internat. des sciences médicales, Lisbonne, avril 1906.
- FAURE. — « Cure chirurgicale du cancer du col de l'utérus ». — *Presse médicale*, 1907, p. 137.
- FAURE. — Société de chir. de Paris, juillet 1913. — « 24 cas de cancer du col. Résultats éloignés ».
- FAURE. — « Sur le traitement chirurg. du cancer du col ». — *Archives mensuelles d'Obst. et Gynécol.*, oct. 1912.
- FAURE ET SIDEREY. — *Traité de Gynécol. médicochirurgicale*.
- FEITEL. — « Zür arteriellen Gefäss Versargung der Ureters insbesondere der Pars pelvina ». — *Zeitschr. für Geb. and Gyn.*, 1901, Bd. XLVI », pp. 269-281.
- FORGUE ET MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie*, 1916.
- FRANZ-ZINSSER (Iéna). — « Zur technique und Klinik der abdominalen uterus karcinomoperation ». — *Arch. für Gyn.*, t. XCI, 1910, pp. 599-640.
- FRANQUE. — « Statistique sur l'hystérectomie pour cancer de l'utérus ». — XI^e Congrès de la Société allemande de gynécologie, Kiel, juin 1905.

- FREUND. — In Funke Zeitschr. für Gyn. and Geb., 1898.
- FREUND. — Kongres d. deutsch. Ges. für Gynäk., 1893.
- FREUND. — LXXVI^e Réunion des naturalistes allemands. — Breslau, sept. 1904.
- FROMME. — « La cystoscopie et le pronostic de la laparo-hystérectomie appliquée à la cure du cancer de l'utérus ». — *Monatssch. für geb. und Gynäk.*, 1908, t. XXVII, pp. 238-248.
- GOULLIoud. — « Technique opératoire de l'opération dite de Wertheim ». — Société de chirurgie de Lyon, 2 décembre 1909.
- GRIMOND. — Thèse de Toulouse, 1904.
- GRONZDEFF. — « Etude comparée des méthodes de trait. chirurgical du cancer de l'utérus ». — III^e Congrès de Gyn. et Accouch. Russes, Kieff, 1909.
- HANNES (Breslau). — « De la valeur des renseignements fournis par la cystoscopie au point de vue des indic. et du pronostic de l'hystérect. abdom. pour cancer de l'utérus ». — *Zeits. für Geb. und Gyn.*, 1908, t. LXII, pp. 262-275.
- HANNES. — *Zeits für Geb. und. Gyn.*, 1910, t. LXVI.
- HARTMANN. — « Discuss. sur le diagn. et trait. du cancer du col au début ». — Société d'Obst., de Gyn. et Pediatr. de Paris, janvier 1906.
- HARTMANN. — « Données fournies par l'examen cystoscopique dans le cancer de l'utérus ». — *Paris médical*, 1913.
- HENDERSON. — « Note sur l'hystérect. abdom. pour cancer du col et sa mortalité immédiate, basée sur 17 cas ». — *The British Medical Journal*, nov. 1908, pp. 1545-1547.
- HOFMEIER (Würzbourg). — « Traitement opérat. du cancer du col de l'utérus ». — *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, 1911, t. LXIX, pp. 453-469.
- JACOBS. — Congrès de Gynécol. de Rome, 1902.
- JACOBS. — *Bulletin de la Société Belge de Gynéc. et Obst.*, 1904.
- JACOBS. — *British. Gynaec. society*, avril 1905.

- JACOBS. — « Résultats des interv. abdom. pour cancer du col et du corps de l'utérus pendant ces 20 dernières années ». — II^e Congrès de la Société internat. de chirurgie de Bruxelles, sept. 1908.
- JACOBSON. — « Résultats obtenus dans les opér. radicales du cancer de l'utérus ». — *The Journ. of the Americ. Medec. Associat.*, janv. 1911.
- JAYLE. — « Technique de l'hystérect. abdominale pour cancer du col utérin ». — *Presse médicale*, juillet 1904.
- JAYLE. — « 60 observat. d'épithélioma utérin enlevés par hystérect. abdominale ». — *Presse médicale*, 1904.
- JAYLE. — « Résultats immédiats et éloignés de l'hystérect. pour cancer de l'utérus ». — Commun. à la Société de chirurg. de Paris, juillet 1907. (In *Revue de Gyn. Chirurg. abdominale*, sept. 1908, t. XII, pp. 755-773.
- JAYLE. — « Sur une statist. de cancers utérins traités par l'hystérect. abdominale ». — *Société de chirurgie de Paris*, mars 1908.
- JAYLE. — « Des causes de la mortalité du cancer de l'utérus et de sa guérison par l'hystérectomie ». — *Presse médicale*, 1908, p. 777.
- JEANNEL. — « La cure chirurg. du cancer de la matrice ». — *Province médicale*, 1908.
- JONNESCO. — « Méthodes opérat. et résultats éloignés du traitement chirurg. du cancer utérin ». — *Journal médical de Bruxelles*, oct. 1908.
- KAMPERMAN. — « Etude sur 212 cas de cancer de l'utérus avec considérations sur le diagnostic précoce ». — *American Journal of Obst.*, 1912, t. LXVI.
- KELLY ET CRANG NEEL. — « Cancer du col utérin ». — *Bulletin of the Johns Hopking Hospital*, août 1913.
- KERMANNER ET SCHOTTLAENDER. — *Zur kenntniss des Uterus-karsinoms*. — Berlin, 1912.
- KLEINHAUS. — *Prag. Med. Wach.*, 1902.

- KOCHER. — « Progrès réalisés en chirurgie, particulièrement pour le cancer ». — I^{er} Congrès de la Société internationale de chirurgie, Bruxelles, 1905.
- KRÖMER. — *Archive für Gyn.*, 1902.
- KRÖNIG. — « Statistiques sur l'hystérect. pour cancer de l'utérus ». — XI^e Congrès de la Société allemande de Gyn., Kiel, juin 1905.
- KRÖNIG. — *Monats. für Geb. und Gyn.*, 1904.
- KUBINGI. — « A quel degré l'opérat. de Wertheim a-t-elle réalisé les espérances mises en elles » ? — *Budapesti Orvosinjsag*, avril 1911.
- KÜSTNER. — LXXVI^e Réunion des naturalistes et médecins allemands. — Breslau, sept. 1904.
- LADINSKI. — « Cancer de l'utérus. Hystérect. abdomin. ». — Académie de médec. de N.-York, 1911. (*In the Americ. Journal of Obst. and Diseases of Women and Childran*, août 1911.
- LATARJET ET LAROYENNE. — « Les artères de l'uretère ». — Comptes rendus de l'Associat. des Anatomistes. — Marseille, 1908.
- LATZKO. — « Hystérect. abdom. totale pour cancer de l'utérus ». — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1905, p. 744.
- LATZKO. — *Beiträge zur Ureteren chirurgie.* — *Zeitschrift für Urologie*, 1909, pp. 334-341.
- LECÈNE. — « Remarque sur la technique de la colpo-hystérect. abdom. pour cancer du col de l'utérus ». — *Journal de chirurgie*, 1910, t. IV.
- LEITCH ET CHILDE. — « 23 cas d'opér. de Wertheim ». — Société Royale de médec. de Londres. (*In Proceedings of the Society Royal of Medec., Obst. and Gynéc. section*, déc. 1910.)
- LEITCH. — « L'uretère dans le cancer du col ». — *The Journ. of Obst. and Gyn. of the British Empire*, 1910, t. XLII, pp. 314-320.

- LESTRADE. — Thèse de Toulouse, 1897. — *Chirurgie de l'urètre, spécialement dans ses rapports avec la chirurg. gynécologique.*
- LUYS. — « Importance de la cystoscopie dans le cancer de l'utérus ». — *Revue de Gynéc. et Chirurg. abdom.*, 1913.
- MACKENRODT. — LXXVI^e Réunion de médecins allemands. — Breslau, sept. 1904.
- MACKENRODT. — XI^e Congrès de la Société allemande de Gyn., Kiel, juin 1905. — « Statistiques sur l'hystérect. abdom. pour cancer utérin ».
- MACKENRODT. — *Zentralbl. für Gyn.*, 1907, n° 19.
- MAINZER. — Société de médecine berlinoise, juin 1907.
- MAYER. — « Opérat. de Wertheim et ses résultats. » — *Monatss. für Geb. und Gyn.*, juin 1911, p. 701.
- MIGNEL MEIRA. — Thèse de Rio-Janeiro, 1910. — *Traitement chirurg. du cancer de l'utérus. Méthode de Wertheim.*
- OPITZ. — « L'état de la lutte contre le cancer de l'utérus ». — *Monatss. für Geb. und Gynäköl*, 1906.
- ORTNER. — « Récidive tardive d'un cancer de l'utérus ». — Société d'Obst. et Gyn. de Vienne, mars 1909. (*In Zentral. für Chirurg.*, juillet, 1909, pp. 1024-1025.)
- OTT. — « Etude comparée des méth. de traitement chirurg. du cancer de l'utérus ». — III^e Congrès des Gynécol. et Accoucheurs Russes, Kieff, 1909.
- PANKOW. — LXXVI^e Réunion des médecins allemands. — Breslau, sept. 1904.
- PETERSON. — « Cancer de l'utérus et son traitement radical par la voie abdom. » — *Surgerg Gyn. and Obst.*, janvier 1911.
- PETERSON. — « Considérations sur la technique de l'opér. abdom. radicale pour cancer de l'utérus. 44 cas ». — *Surgerg. gyn. and Obst.*, février 1911.
- PICHEVIN. — « La lutte contre le cancer de l'utérus ». — *Gazette de gynécol.*, 1913,

- POLLOSSON (Aug.). — « Hystérect. abdom. pour cancer du col de l'utérus ». — *Revue de gynécol. et chirurg. abdom.*, 1905, p. 771.
- POLLOSSON. — « Opérat. de Wertheim. Réflexions sur 221 cas de cancers du col ». — *Lyon chirurgical*, 1909, pp. 333 et 425.
- POLLOSSON. — « Cancer du col de l'utérus propagé à la vessie et aux uretères. Indications opérat. » — Communic. au VI^e Congrès national de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie, Toulouse, 1910. (In *Journal de Chirurgie*, 1910.)
- POZZI. — *Revue mensuelle de Gyn., d'Obst. et Pédiatrie*, 1911, p. 121.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 1907, Paris.
- PROUST ET MAUER. — « Ligature de l'artère hypogastrique ». — *Journal de Chirurgie*, 1913, p. 141.
- QUÉNU. — « Discussion sur le diagn. et trait. du cancer de l'utérus au début ». — Société d'Obst., Gyn. et Pédiatrie de Paris, janv. 1906.
- REINECKE. — « Contribution à l'étude des résultats éloignés des opér. pour cancer du col utérin ». — *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, 1909, p. 129.
- RICHELOT. — Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie, déc. 1905.
- RIESS. — *Zeitsch für Geb. und Gyn.*, 1895 et 1897.
- RIESS. — *The Americ. Journ. of Gyn. and Obst.*, XIII, 1897.
- RIESS. — « Diagnostic de l'opérabilité du cancer du col de l'utérus ». — *The Journal of the Amer. med. Association*, (1911, t. LVI, p. 91.)
- RIESS. — *Revue de Gynécol. et Chir. abdom.*, 1907, p. 725.
- ROSTHORN. — *Wiener Klin., Wochenschr* 1902, n^o 1.
- SAMPSON. — « The efficiency of the periureteral arterial plexus and the importance of its preservation in the most radical oper. for carcinoma cervicis uteri ». — *John Hopkins hospital bulletin*, 1904, t. XV.
- SAMPSON. — « Ureteral fistulae as sequell of pelvie operat. — *Surgery Gyn. and Obst.*, mai 1909, t. VIII, n^o 5.

- SAMPSON. — « L'envahissement des tissus adjacents à l'utérus et des lymphatiques pelviens dans le cancer de l'utérus ». — *The Journ. of the Americ. medic. Associat.*, 1911, t. LVI, p. 1011.
- SCAUTA. — « Etat actuel et avenir du trait. du cancer de l'utérus ». — *Wiener mediz. Wochensch.*, mai 1911.
- SCHEIL (Prague). — « Etude clinique et anatomique sur le traitem. opérat. du cancer de l'utérus ». — *Archives für Gynäkologie*, 1909, n° 1, pp. 1-66, et n° 2, pp. 234-285.
- SEELIGMAN. — « Contribution à la cure radicale par voie abdom. du cancer de l'utérus ». — *Deutsche mediz. Wochenschrift*, février 1911.
- SEMON. — « Récidive tardive du cancer de l'utérus ». — *Medizinische Klin.*, 18 sept. 1910.
- SIDEREY. — « Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus ». — *Bulletin médical*, 8 avril 1911.
- STANDE. — « Résultats des méth. opérat. concurrentes dans le cancer de l'utérus ». — Société de Méd. de Hambourg, oct. 1910.
- STÖCKEL. — XI^e Congrès de la Société allemande de Gyn., Kiel, juin 1905. — « Statistique sur l'hystérect. pour cancer de l'utérus ».
- STRATZ. — *Die rechtzeitige Erkennung des Uteruskrebses. Monographie*, 1904.
- TAUSSIANG. — « A propos du trait. du cancer de l'utérus ». — *Interstate Medic. Journal*, 1909, févr., pp. 109-120.
- TESSON. — *Cancer du corps de l'utérus*. — Thèse de Paris, 1902.
- TIXIER. — Discussion. Société de Chirurgie de Lyon, 2 déc. 1909.
- TUFFIER ET ROUVILLE. — « Cancer de l'utérus. Résultats éloignés opérat. ». — *Montpellier médical*, 1911, nos 22-23.
- VEIT ET RUGE. — *Der krebs der Gebärmutter*, 1881 (monographie).
- VEIT. — « Ueber oper. bei vorgeschrittenen uterus carcinom ». — *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1899, n° 5.

- VEIT. — « Valeur actuelle de l'hystér. abdom. pour cancer de l'utérus ». — *Praktische Ergebnisse für Geb. und Gyn.*, II, 1910.
- VIOLET. — *Archives gén. de Méd.*, 1905.
- VIOLET ET MURARD. — « Des renseignements fournis par l'explor. urinaire dans les indications opérat. du cancer de l'utérus ». — *Revue de Gynécol. et Chirurg. abd.*, février 1913, p. 129.
- VIOLET ET MURARD. — « Le traitem. par le colpoceclisis élevé des fistules urinaires vaginales consécutives à l'hystérectomie pour cancer ». — *Lyon Chirurgical*, 1^{er} août 1912.
- WALTON-MARTIN. — « Blessures de vessie ». — *Annales of Surgery*, t. LI, p. 125, 1911.
- WEIBEL. — « Les lésions des uretères à la suite des hystérect. larges pour cancer de l'utérus ». — *Zeitschr für Geb. und Gyn.*, 1908, t. LXII, pp. 184-193.
- WEIBEL. — « Nouvelles observ. sur le sort des uretères après l'hystérect. abdom. pour cancer ». — *Zeitschr für Gyn. Urologie*, t. IV, sept. 1913, pp. 138-158.
- WEIBEL. — « Etude clinique sur le cancer du corps utérin. — *Arch. für Gyn.*, 1913, p. 135.
- WERTHEIM. — *Zentralbl für Gyn.*, 1900, n° 26, p. 674.
- WERTHEIM. — *Arch. für Gyn.*, t. LXI, n° 3.
- WERTHEIM. — *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1900, n°s 48 et 50.
- WERTHEIM. — *Zentralbl. für Gyn.*, 1902, n° 10.
- WERTHEIM. — *Zentralbl. für Gyn.*, 1903, n° 4.
- WERTHEIM. — *Revue de Chir. et Gyn. abdom.*, 1902, n° 5.
- WERTHEIM. — *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1904, n°s 42 et 43.
- WERTHEIM. — *Deutsche Ges. für Gyn. Versamml.*, 1901, 1903, 1905, 1907.
- WERTHEIM. — « Coup d'œil sur la pratique de l'hystérect. abd. dans le cancer de l'utérus ». — *Wiener Klinische Wochenschr.*, 1906.
- WERTHEIM. — *Magazine for Surg. Gyn. and Obst.* **Jonary**, 1907.

WERTHEIM. — « Sur le cancer de l'utérus ». — II^e Congrès
internat. de Chirurg. de Bruxelles, 21-25 sept., 1908.

WERTHEIM. — « Résultats de l'extirp. abdom. du cancer de
l'utérus ». — *Zentralblatt für Gyn.*, février 1908, p. 175.

WERTHEIM. — *Deutscher Urologenkongr. zu Berlin*, 1909.

WERTHEIM. — *L'hystérect. abdom. élargie pour cancer du col de
l'utérus d'après une statistique personnelle de 500 cas.*
Monographie. 1 vol. 1911. (Urban et Schwarzenberg,
édit.)

WERTHEIM. — Commun. au Congrès de Londres, 1913. —
In. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, sept. 1913.

ZWEIFEL. — « Un nouveau procédé d'extirpation de l'utérus
cancéreux ». — *Zentralblatt für Gyn.*, 1909, t. XXXIII.

ZWEIFEL. — Société de Gynécol. de Leipzig, 9 juin 1909.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	5
CHAPITRE PREMIER. — Etat actuel de la question.....	7
CHAPITRE II. — Statistique.....	12
CHAPITRE III. — Indications.....	17
Formes anatomiques.....	18
Evolution clinique.....	20
Diagnostic.....	21
Envahissement ganglionnaire.....	22
Pronostic opératoire.....	23
Cause de mortalité.....	26
CHAPITRE IV. — Manuel opératoire.....	29
CHAPITRE V. — Lésions vésico-urétérales.....	40
CHAPITRE VI. — Récidives tardives.....	46
CHAPITRE VII. — Analyse des observations.....	50
CONCLUSIONS.....	59
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	61

